Université de Genève
Département de pathologie

Faculté de médecine
Professeur Y. KAPANCI

ETUDE DE 125 CAS DE TUMEURS PRIMITIVES MULTIPLES (TPM)

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Denis CHRISTINAZ

de

FRIBOURG

Thèse No 3623

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1977

Université de Genève
Département de pathologie

Faculté de médecine
Professeur Y. KAPANCI

ETUDE DE 125 CAS DE TUMEURS PRIMITIVES MULTIPLES (TPM)

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Denis CHRISTINAZ

de

FRIBOURG

Thèse No 3623

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1977

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Yusuf Kapanci, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 12 septembre 1977

Le vice-doyen :
André Cruchaud

Thèse No 3623

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

C'est au professeur Yusuf Kapanci, de l'Institut de pathologie de Genève, que je dois l'idée d'une thèse sur les tumeurs primitives multiples; il en a dirigé la rédaction avec grande perspicacité et honnêteté et m'a permis, par sa disponibilité et son efficacité de terminer cet ouvrage dans des conditions optimales avant mon départ pour la Nouvelle-Zélande. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

Tout au long de l'élaboration de cette thèse, M. Jerry Cox, chef de clinique de l'Institut de pathologie de Genève, m'a fait bénéficier de son expérience et de son intelligence et je tiens à lui exprimer ma profonde gratitude.

Mes recherches ont été grandement facilitées par les renseignements fournis par l'ordinateur de l'Hôpital, interrogé avec logique, acharnement et gentillesse par Madame Danielle Hermès, envers laquelle je resterai très reconnaissant.

Enfin mes remerciements vont aussi à Mesdames Claire-Lise Marignac et Renée Kurz qui ont dactylographié à maintes reprises le texte, les tableaux et la bibliographie de ma thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545909_0059

ETUDE DE 125 CAS DE TUMEURS PRIMITIVES MULTIPLES (TPM)

Dans l'esprit du clinicien, TPM évoque une rareté alors que, selon les statistiques, l'association de plusieurs néoplasies d'origine différente représente de 1,6 à 10,6 % des cas oncologiques (20). La majorité des auteurs s'accorde à admettre des facteurs prédisposant à la formation de TPM, laissant sous-entendre l'existence d'une certaine "diathèse néoplasique", c'est-à-dire une propension plus grande d'un groupe de la population à développer des tumeurs malignes (32).

Le but de ce travail est d'attirer l'attention sur les associations tumorales les plus fréquentes et sur l'incidence de la multiplicité tumorale.

MATERIEL ET METHODE

Les fichiers d'autopsies de l'Institut de Pathologie de Genève, du 1.7.1971 au 31.12.1975, ont été consultés; pour chacun des cas de TPM, nous avons revu les protocoles d'autopsie, les résumés cliniques et les coupes histologiques d'autopsie et des biopsies antérieures. Les points suivants ont été relevés : âge et sexe du patient, chronologie de l'histoire de chaque tumeur et évaluation clinique (extension, métastases), nature des traitements, diagnostic et extension tumorale à l'autopsie, ainsi que la cause de mort présumée.

En s'inspirant des définitions de Cleary et coll. (8) et de Lewison et coll. (21), nous avons retenu les critères suivants pour admettre que deux tumeurs sont d'origine différente :

- type histologique différent;
- même type histologique, mais dont la localisation, le comportement et la macroscopie permettent d'exclure une éventuelle métastase ou une extension de proche en proche;
- même type histologique, mais délais entre les deux tumeurs permettant d'admettre qu'il ne s'agit pas du produit d'une néoplasie antérieure.

RESULTATS

a) Considérations numériques globales.

Sur 4834 autopsies consécutives pratiquées à Genève, nous comptons 2073 cas de tumeurs malignes, dont 125 porteurs de plus d'une tumeur primitive. En terme de pourcentage : 43 % des autopsies comportent au moins une tumeur maligne et 2,6 % plusieurs tumeurs malignes primitives (tableau 1).

Parmi les 125 cas de TPM étudiés, 108 comportent deux tumeurs et 17 cas trois tumeurs, ce qui donne au total 267 tumeurs. Ces néoplasies sont le plus fréquemment localisées dans le tube digestif, puis dans les systèmes urinaire, respiratoire et lympho-hématopoïétique, dans les seins, etc. (tableau 2). En ce qui concerne la séquence d'apparition des tumeurs primitives multiples, celles en provenance du système ORL, des organes génitaux féminins et des seins se manifestent le plus souvent en tant que première néoplasie (T 1), alors que les tumeurs primitives des systèmes urinaire et hépatobiliaire, associées à une autre néoplasie, apparaissent généralement en deuxième (T 2) ou en troisième (T 3) position chronologique (tableau 2). La répartition histologique de ces 267 tumeurs de cas à TPM est semblable à celle des tumeurs uniques (tableau 3).

b) Répartition des cas de TPM en fonction du sexe.

De nos 108 cas de tumeurs doubles, 60 sujets sont de sexe masculin et 48 de sexe féminin; de nos 17 cas de tumeurs triples, 12 sont masculins et 5 féminins. Ainsi l'incidence des tumeurs multiples semble plus élevée chez l'homme que chez la femme (tableau 4). Cette incidence masculine est nettement plus élevée que celle des tumeurs uniques lorsqu'il s'agit de cas à triple tumeur.

c) Age.

Les tableaux 5 et 6 suggèrent que l'espérance de vie de la femme dans les cas de néoplasies simples, comme dans ceux de néoplasies multiples, est plus longue que celle de l'homme; par contre, l'apparition

de la première néoplasie a lieu quasiment au même âge moyen (tableau 6) chez l'homme (64,75 ans) que chez la femme (64,6 ans).

d) Etude des associations tumorales selon la topographie.

1/ TPM dans les organes à double représentation (tableau 7) :

Dans 19 cas à TPM, dont une tumeur au moins touche le sein, il en existe 3 où une néoplasie primaire ultérieure touche l'autre sein; le délai entre l'exérèse de la première tumeur et l'apparition de la deuxième varie de 1 à 21 ans. Donc 16 % des femmes ayant un cancer du sein risquent un deuxième cancer de l'autre sein, alors que le cancer du sein frappe environ 6 % de la population féminine (21).

Relevons qu'en ce qui concerne les poumons, nous n'avons aucun cas de bilatéralité tumorale sur 22 cas porteurs d'une néoplasie pulmonaire. De même, dans les 10 cas porteurs d'un carcinome rénal, les 5 cas de carcinome ovarien et les 3 cas porteurs d'un carcinome pyélique ou urétéral, aucun n'a de néoplasie dans l'organe controlatéral, alors que ces sujets ont une autre néoplasie dans un autre organe.

2/ TPM dans le même système :

La multiplicité tumorale dans un même système ou organe demeure un accident rare (tableaux 7 et 8). Le tube digestif et le système urinaire sont les systèmes le plus fréquemment porteurs de plusieurs tumeurs. Parmi les 7 cas ayant eu deux néoplasies digestives, on relève que 6 ont leur deuxième cancer au niveau du colon. Il est à noter que dans certains systèmes, tels que le système lympho-hématopoïétique, on ne rencontre pas l'association de deux néoplasies (tableaux 7 et 8)

3/ TPM d'associations topographiques mixtes fréquentes :

Dans le cadre des TPM, le tube digestif semble être le système dont le cancer est le plus souvent associé à une autre néoplasie primitive; viennent ensuite le système respiratoire, puis le sein (tableau 7).

Il est à noter qu'un quart des lymphomes est associé à des carcinomes digestifs, de même que la moitié des néoplasies ORL. D'autres associations significatives sont : le cancer du sein à celui des organes génitaux féminins; le cancer du poumon aux cancers ORL. Les associations qui nous paraissent les plus démonstratives sont mises en évidence dans le tableau 9.

e) Etude chronologique et diagnostique.

En fonction de la date d'apparition des premiers symptômes pathognomoniques ou de la date de diagnostic, nous avons déterminé - pour chaque cas - la tumeur apparue en premier (T 1), celle apparue en deuxième lieu (T 2), ainsi que l'apparition de la troisième tumeur (T 3). Dans les cas de découverte simultanée de plusieurs tumeurs, ce sont surtout des critères macroscopiques qui ont guidé notre décision.

L'âge moyen d'apparition des tumeurs est 64 ans pour T 1, 67,5 ans pour T 2; ainsi, le délai d'apparition entre la première et la deuxième tumeur est, en moyenne, de 3,5 ans.

Il ressort de cette étude que les tumeurs apparues en premier sont correctement diagnostiquées dans 85 % des cas, soit deux fois plus fréquemment que les T 2 ou T 3. En outre, plus de la moitié des T 1 diagnostiquées du vivant du malade ont été guéries, alors que pour T 2 et T 3, on en compte moins du tiers (tableau 10). Sur l'ensemble des 267 tumeurs de nos 125 cas (108 cas à deux tumeurs et 17 à trois tumeurs), 104 ne sont diagnostiquées avec précision qu'à l'autopsie, ce qui correspond à un total de 81 cas élucidés après la mort. En d'autres termes, ce n'est que dans 35 % des cas de TPM que le diagnostic est posé correctement en clinique, malgré l'appui de l'histologie et/ou de la cytologie. Dans un faible pourcentage de cas, le diagnostic était faux ou incomplet (tableau 10). Les tumeurs apparaissant en second ou - raison de plus - en troisième lieu demeureront d'autant plus souvent insoupçonnées que, la ou les tumeurs précédente(s) étant symptomatique(s) attirai(en)t toute l'attention du praticien. En effet, 44 % des T 2 et 53 % des T 3 ne sont décelées qu'à l'autopsie. Alors que 25 % seulement des tumeurs des cas à deux

néoplasies ont été guéries, on compte 39 % de guérisons pour les cas à trois néoplasies. L'éradication de certaines tumeurs et l'ignorance de tumeurs ultérieures ont pour effet que l'on ne voit qu'exceptionnellement coexister deux néoplasies connues ou suspectées.

f) Carcinogènes iatrogènes.

1/ Radiothérapie :

Dans les 125 cas étudiés, nous en comptons 39 qui ont reçu une radiothérapie pour une autre tumeur que la dernière. Dans 16 de ces cas, l'apparition d'une tumeur ultérieure est susceptible d'être en relation avec l'irradiation, soit :

- dans 3 cas de tumeurs solides irradiées, on voit apparaître, 1,6 et 8 ans après, une leucémie ou un lymphome;
- dans 9 cas, on voit apparaître une tumeur différente histologiquement de la précédente au voisinage du champ d'irradiation après un délai de 1 à 13 ans;
- dans 4 cas, une nouvelle tumeur s'est développée dans le champ même d'irradiation, après des délais de 3, 7, 11 et 31 ans.

2/ Chimiothérapie :

Dix-neuf cas sur 125 ont fait l'objet d'une chimiothérapie générale avant l'apparition de la dernière tumeur; dans 7 cas, une nouvelle tumeur s'est développée entre 3 mois et 3 ans après le traitement. Il s'agit de 3 carcinomes rénaux à cellules claires, 1 adénocarcinome gastrique, 1 adénocarcinome pulmonaire,1 carcinoïde du sigmoïde et 1 carcinome basocellulaire de la tempe. Toutefois, la relation directe de ces tumeurs avec la chimiothérapie n'a pas pu être établie.

g) Tendance à la métastatisation.

Le tableau 11 montre que la première tumeur apparue aura le plus de chances de métastatiser; par contre, les tumeurs apparues en deuxième et, surtout, en troisième lieux, lorsqu'elle donneront des métastases, le feront de façon beaucoup plus explosive.

h) Etude de la cause de mort présumée.

Les tableaux 12 a et b montrent que, le plus souvent, la mort est consécutive à l'atteinte d'un organe vital par une métastase ou aux complications infectieuses qui en découlent, les tumeurs apparues en dernier étant les plus létales.

Le délai moyen entre l'apparition de la dernière tumeur et la mort du patient est de 1 an ¼ pour les cas à 2 cancers et 1 an ½ pour les cas à 3 cancers. Néanmoins, le risque de mourir d'une affection oncologique augmente avec le nombre de néoplasies.

DISCUSSION

Notre série de TPM représente 2,6 % des autopsies soit 6 % des cas porteurs de néoplasies malignes; ces résultats correspondent à ce qui est rapporté dans la littérature (20).

Comme d'autres auteurs (9, 10, 29), nous relevons que l'homme est plus susceptible que la femme de développer des TPM, en particulier lorsqu'un des cancers est localisé dans le tube digestif, le poumon, la peau, le foie et la sphère ORL (12).

Selon Cleary (8), la femme développe dans les 3/4 des cas sa première néoplasie dans des organes hormono-dépendants, tels que le sein, les ovaires, l'utérus, la thyroïde et le pancréas, et généralement à un âge moins avancé que l'homme, sans pour autant mourir plus précocément. D'après nous, il n'y a pas une fréquence aussi élevée de tumeurs dans les organes hormono-dépendants ni de précocité dans l'apparition des tumeurs chez la femme puisque l'âge moyen de la manifestation de la première tumeur est de 64,7 ans chez l'homme et de 64,6 ans chez la femme.

Certains auteurs (7, 29) prétendent qu'en raison de l'atrophie progressive du thymus, les risques de multiplicité tumorale augmentent avec l'âge, sous-entendant par là qu'on assisterait à un amoindrissement de la surveillance immunitaire thymo-dépendante (9, 15, 21). Selon nos observations, la multiplicité tumorale n'est pas en rapport avec l'âge des patients. En effet, dans 1948 cas de tumeurs uniques, l'âge moyen au

décès est pratiquement le même que celui des 125 cas de tumeurs multiples (tableau 5). Nos conclusions concordent donc avec celles de Coeur (9) qui étudia 365 cas de LLC, dont 27 associés à un autre cancer et qui n'observa pas de différence d'âge significative entre les néoplasies simples et multiples.

Plus que de l'âge, la multiplicité tumorale semble dépendre du génome d'un individu; le terme de "syndrome carcinomateux" est employé (22) au sujet de familles où l'incidence de TPM (cancers endométriaux et coliques surtout) est 3 fois supérieure à la norme. La prédisposition héréditaire à la multiplicité tumorale est soutenue par les faits suivants :

- les malades porteurs de plusieurs néoplasies seraient fréquemment du groupe sanguin A Rh+ (1);
- l'incidence d'un deuxième cancer chez les gens atteints d'une affection maligne héréditaire, telle que la mélanose lenticulaire progressive à transmission autosomique récessive serait élevée (10);
- les TPM seraient plus fréquentes dans les cas de syndromes de Fanconi et de Klinefelter (10);
- les cancers multiples seraient plus fréquents dans les familles avec des enfants atteints de sarcome des tissus mous (28).

A part, cette prédisposition héréditaire, il semble que des facteurs carcinogènes exogènes, capables d'agir simultanément sur deux organes, peuvent jouer un rôle dans la genèse des TPM; telle serait la responsabilité du tabac sur le larynx et les poumons (10, 24), de l'arsenic sur la peau et les viscères (23) et de l'amiante sur les poumons et le système gastro-intestinal (11).

Il en découle que le cancer est à considérer comme une pathologie plutôt diffuse qu'unifocale et qu'il faut se méfier d'éventuelles néoplasies ultérieures survenant dans le même organe que précédemment; ce phénomène est fréquemment observé en cas de cancer cutané (14), de la cavité buccale (8, 13), du colon (4) et des bronches.

Parmi les organes pairs, le sein est celui qui est le plus souvent porteur de tumeurs bilatérales (3 fois sur 19 dans notre série). Le risque, pour une femme qui a déjà un cancer du sein, de développer une

néoplasie dans le sein controlatéral, est évalué comme étant 5 fois plus grand que celui que court la population féminine vis-à-vis du premier cancer mammaire; la néoplasie controlatérale survient généralement de façon métachrone (21). Curieusement les poumons semblent être moins exposés bien que le tabac cause des métaplasies malpighiennes dans les deux poumons; en effet, aucun cas de tumeur pulmonaire bilatérale n'est observé dans notre matériel. Il est vrai que nous n'avons pas fait des coupes sériées qui, selon certains auteurs (26), auraient pu mettre en évidence des foyers de carcinome in situ dans le poumon controlatéral lorsque l'un des poumons est atteint d'un carcinome manifeste. Nous n'avons pas vu non plus de carcinome rénal bilatéral. Il existe toutefois dans la littérature 24 cas de carcinome transitionnel bilatéral du bassinet (3).

Dans cette étude, seulement 13 % des associations tumorales ont lieu dans le même système anatomique; comme dans d'autres séries (14), nous trouvons surtout des TPM cutanées (mélanome - carcinome spino- ou basocellulaire), des néoplasies d'organes hormono-dépendants tels que la thyroïde et le sein (2), le sein et les ovaires (11) ou le sein et l'endomètre utérin (6). L'impact des perturbations hormonales sur l'oncogenèse est appuyé par le fait que le cancer mammaire bilatéral survient surtout chez des femmes ayant eu leurs premières menstruations tardivement et leur ménopause précocément (17). Selon la littérature, le cancer gastrique, lorsqu'il est associé à un autre cancer digestif, l'est le plus souvent à un cancer de l'oesophage (45 % des associations), puis du colon (18) et du rectum (20 %) (25), tandis que la tumeur carcinoïde est de loin la tumeur digestive qui est le plus souvent associée à un autre cancer (de 17 à 35 %) (5, 19).

Dans notre série, la majorité des cas de TPM touche deux systèmes différents et près de la moitié des cas (46 %) comporte une tumeur digestive au moins. Les tumeurs cutanées sont associées en premier lieu à des tumeurs digestives, notamment coliques (19, 27).

Les hémopathies malignes (surtout LLC et Hodgkin) sont couramment associées à une autre tumeur maligne en raison, probablement, d'une

action dépressive sur le contrôle immunitaire; un patient atteint d'une maladie de Hodgkin aurait 3,5 fois plus de chances d'avoir un nouveau cancer qu'un sujet normal, risque jusqu'à 29 fois plus grand si une radio- ou une chimiothérapie lui était prodiguée (18). Les tumeurs associées le plus fréquemment seraient : les tumeurs de la peau (33 %), des systèmes digestif (29 %), urogénital (24 %) et respiratoire (13 %). Il est rare de trouver deux hémopathies malignes chez un même individu, association qui ne serait qu'exceptionnellement synchrone (33) et que l'on ne rencontre pas dans notre étude.

On admet que les TPM se succèdent plus souvent qu'elles ne sont synchrones (29, 30); le laps de temps moyen qui s'écoule entre la découverte de la première et de la deuxième néoplasie varie, suivant les études, de 3,5 (notre série) à 19 ans (17).

La première tumeur à apparaître (T 1) est évidemment le plus souvent diagnostiquée (85 %), traitée et guérie (57 %); plus cette tumeur demeure symptomatique, plus elle nuira à l'établissement du diagnostic d'une éventuelle tumeur ultérieure; ainsi, la multiplicité tumorale n'est établie, dans 65 % des cas, que par l'autopsie.

Les TPM auraient souvent un moindre degré de malignité que les tumeurs uniques (16, 24); ceci est généralement admis pour des TPM du tube digestif (12) qui auraient même un développement ralenti en cas de multiplicité (4). Après résection de tumeurs pulmonaires multiples, la survie serait identique à celle des cas dans lesquels une seule tumeur a été réséquée (2), raison pour laquelle il ne faudrait pas renoncer à une intervention à cause de la seule multiplicité tumorale (31). L'espérance de vie des cas de néoplasie bilatérale du sein, suivie d'une autre tumeur maligne, serait de 10 ans supérieure à celle de cas similaires n'ayant qu'un cancer mammaire unilatéral (17). Dans notre matériel, l'âge moyen au décès étant pratiquement le même en cas de tumeurs uniques que multiples, il est difficile d'admettre que la multiplicité tumorale réduit la malignité des tumeurs, mais il faut noter que le taux de guérison des cancers des cas à triple tumeur est plus élevé que celui des cas à double tumeur (39 % contre 25 %).

CONCLUSIONS

L'apparition d'un cancer ne doit pas être considérée comme un accident biologique unique et il ne faut pas juger surprenante ou rare la venue d'une néoplasie ultérieure, la plupart des facteurs oncogènes ayant une action prolongée; 2,6 % des cas autopsiés, soit 5 % des cas ayant trait à l'oncologie, sont porteurs d'au moins deux tumeurs malignes distinctes. La multiplicité tumorale ne paraît pas être en rapport avec l'âge du patient mais, par contre, plusieurs arguments semblent la lier en particulier au matériel génétique du malade et à son environnement physico-chimique.

Les TPM apparaissent généralement de façon métachrone et sont espacées d'un délai moyen de 3,5 ans. L'homme, davantage que la femme, est porteur de TPM.

Bien que, selon la littérature, les tumeurs identiques multiples auraient un comportement moins malin que les tumeurs isolées (colon, poumon), nous n'avons pas observé une telle différence.

Trente-cinq % seulement des cas de TPM sont correctement diagnostiqués du vivant du malade. Pour améliorer ce piètre état de fait, il faut savoir où suspecter une néoplasie supplémentaire en fonction de la localisation de chaque tumeur primaire :

- si la tumeur survient dans un organe hormono-dépendant, il faut surveiller les autres organes soumis aux mêmes régulations;
- un cancer d'un organe à double représentation doit inciter à surveiller l'organe controlatéral;
- les tumeurs de la peau, de la cavité buccale et du tube digestif existent souvent en plusieurs exemplaires alors que, pour les autres organes, la multiplicité tumorale est un évènement rare;
- il faut savoir également que les tumeurs du système respiratoire sont fréquemment associées aux tumeurs cutanées, de la sphère ORL, puis de l'appareil urinaire;
- les cancers digestifs existent dans près de la moitié des cas de TPM et sont souvent associés à des tumeurs urologiques.

TABLEAU 1

INCIDENCE DES NEOPLASIES UNIQUES ET MULTIPLES PAR ANNEE

Période	Nombre d'autopsies	Nb de cas oncologiques	%	Nombre de cas à TPM	Rapport TPM / Cas oncologiques
1971-72 (18 mois)	1511	534	35	40	7,5 %
1973	1151	489	42	24	4,9 %
1974	1101	544	40	32	5,8 %
1975	1071	506	43	29	5,7 %
Total	4834	2073	43	125	6,0 %

TABLEAU 2

TOPOGRAPHIE ET ORDRE D'APPARITION DES TUMEURS DE NOS 125 CAS

SYSTEME	Nb de tumeurs	ORGANE	Nb de tumeurs	Ordre d'apparition		
				T 1	T 2	T 3
S. digestif	64	Oesophage	9	33 %	66 %	-
		Estomac	19	58 %	42 %	
		Intestin grêle	4	50 %	50 %	-
		Colon	30	37 %	53 %	10 %
		Canal anal	2	100 %	-	-
Glandes exocrines	31	Seins	22	59 %	36 %	5 %
		Glandes salivaires	1	100 %	-	-
		Glandes lacrymales	1	100 %	-	-
		Pancréas exocrine	7	57 %	43 %	-
S. urinaire	27	Reins	10	-	80 %	20 %
		Bassinets	3	33 %	66 %	-
		Uretères	-	-	-	-
		Vessie	13	23 %	62 %	13 %
		Urètre	1	-	100 %	-
S. respiratoire	26	Trachée	3	-	33 %	66 %
		Poumons	23	44 %	52 %	4 %
S. lympho-hématopoïétique	24			46 %	50 %	4 %
Organes génitaux féminins	24	Ovaires	5	20 %	80 %	-
		Corps utérin	10	80 %	20 %	-
		Col utérin	8	75 %	25 %	-
		Vulve	1	100 %	-	-
O.R.L.	20	Cavité buccale	3	66 %	33 %	-
		Pharynx	7	86 %	14 %	-
		Larynx	10	100 %	-	-
S. hépato-biliaire	15	Foie	13	23 %	77 %	-
		Voies biliaires	2	-	100 %	-
Organes génitaux masculins	12	Prostate	12	50 %	50 %	-
		Testicules	-	-	-	-
Peau	9			66 %	11 %	22 %
Mésenchyme	9	Tissu mou	6	50 %	50 %	-
		Vaisseaux	2	-	100 %	-
		Os	1	-	100 %	-
Glandes endocrines	6	Thyroïde	4	20 %	80 %	-
		Pancréas endocrine	2	-	-	100 %
TOTAL 267						

Légende : La colonne "ordre d'apparition" permet de différencier les organes donnant des tumeurs d'apparition précoce, telles que larynx, pharynx, corps utérin, col utérin, des organes donnant plus volontiers des tumeurs d'apparition tardive, à savoir : reins, voies urinaires, oesophage, foie et voies biliaires. Les organes les plus touchés sont, par ordre décroissant : colon, poumons, seins, estomac, foie, vessie, prostate, utérus, rein et larynx.

TABLEAU 3

REPARTITION HISTIOLOGIQUE DES TUMEURS DE NOS 125 CAS

	Nombre de tumeurs	%	% dans les cas de néoplasie unique
Adénocarcinome	112	42	39,2
Carc. épidermoïde	64	24	19
Carc. système lymphohématop.	24	9	8,4
Carc. indiff. anaplasique Apudome	16	6	
Carc. transition.	15	5,6	
Carc. hépato-cell.	13	5	
Carc. à cellules claires	11	4	
Sarcomes	11	4	
Tumeurs mixtes saliv.	1	0,4	
TOTAL	267	100	

TABLEAU 4

REPARTITION PAR SEXE DES NEOPLASIES UNIQUES, DOUBLES ET TRIPLES

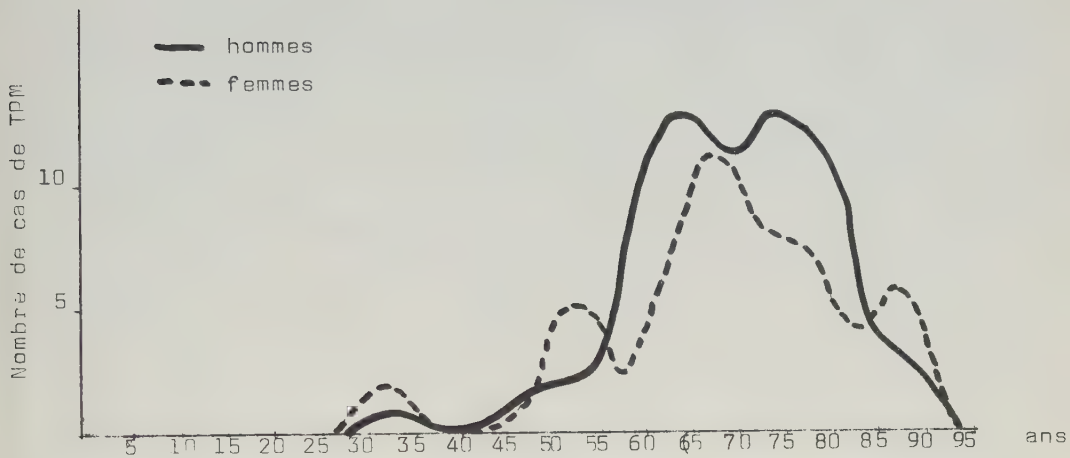
	Hommes	Femmes
Néoplasies uniques	52 %	48 %
Néoplasies doubles	55 %	45 %
Néoplasies triples	70 %	30 %

TABLEAU 5

MOYENNE D'AGE DES DECES PAR SEXE DANS LE CADRE DES NEOPLASIES UNIQUES, DOUBLES ET TRIPLES

	Hommes	Femmes
Néoplasies uniques	68,2 ans	71,8 ans
Néoplasies doubles	68,2 ans	70,2 ans
Néoplasies triples	68,3 ans	69,0 ans

Tableau 6: COURBES D'AGE PAR SEXE AU DECES



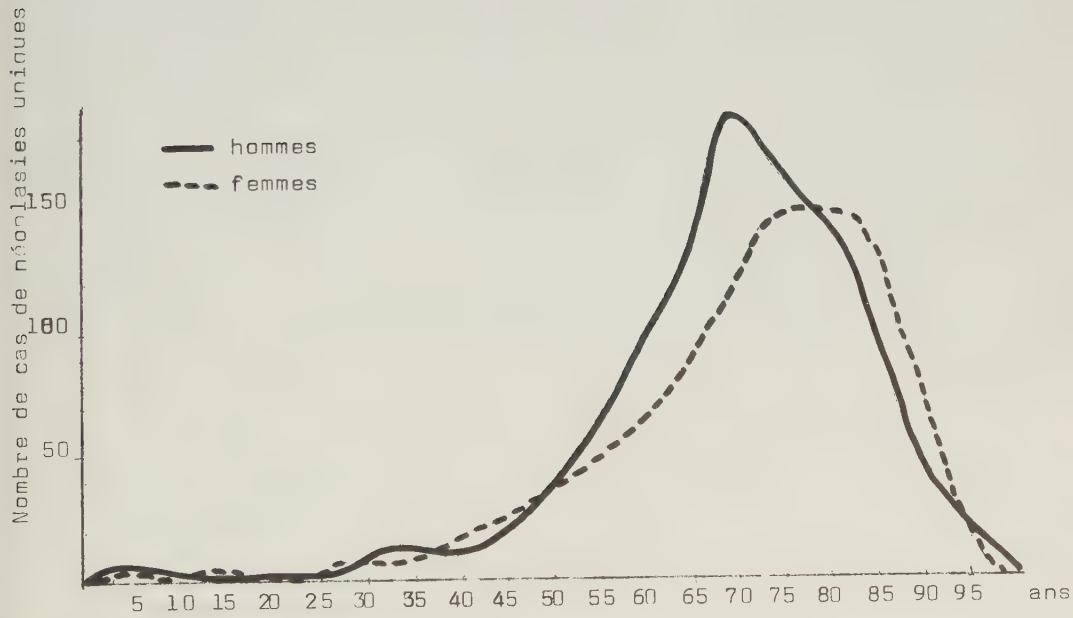


TABLEAU 7

ASSOCIATIONS TUMORALES SELON LA TOPOGRAPHIE

	SLH	SR	ORL	SD	SU	GM	GF	FOIE	SEIN	EX	END	PEAU	OS	T.M.
SLH	0	3	0	7	1	2	4	1	2	1	0	2	0	2
SR	3	1	6	7	5	2	1	2	0	0	0	6	0	0
ORL	0	6	1	9	1	0	1	4	0	0	2	1	0	0
SD	7	7	9	7	10	3	7	4	7	3	2	1	0	2
SU	1	5	1	10	3	3	2	1	2	1	1	0	0	1
GM	2	2	0	3	3	0	0	0	0	2	0	0	0	1
GF	4	1	1	7	2	0	1	0	7	0	0	0	1	1
FOIE	1	2	4	4	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
SEIN	2	0	0	7	2	0	7	0	3	1	1	0	0	1
EX	1	0	0	3	1	2	0	1	1	0	1	0	0	0
END	0	0	2	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
PEAU	2	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
OS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
T.M.	2	0	0	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0

Légendes :

SD = Système digestif
SLH = Système lympho-hématopoïétique
SR = Système respiratoire
SU = Système urinaire
GF = Appareil génital féminin
GM = Appareil génital masculin
End. = Glandes endocrines
EX = Glandes exocrines
HB = Système hépato-biliaire
T.M. = Tissu mou

TABLEAU 8

RISQUE, PAR ORDRE DECROISSANT, DE MULTIPLICITE TUMORALE AU SEIN D'UN SEUL ET MEME SYSTEME. LE RAPPORT CONSIDERE EST LE NOMBRE DE CAS PORTEURS DE 2 NEOPLASIES DANS LE MEME SYSTEME PAR LE NOMBRE DE NEOPLASIES DE CE SYSTEME PARMI NOS 267 TUMEURS

Système de l'associat.	Peau	Gl.end.	Sein	SU	SD	HB	ORL	R	GF	SLH	GM	EX	Os	T.M.
Rapport : Nb de cas / Nb de tum.	22 %	17 %	14 %	11,1%	10,9%	7%	5 %	4%	4%	0	0	0	0	0

TABLEAU 9

RISQUE, PAR ORDRE DECROISSANT, D'ASSOCIATION TUMORALE, DANS LE CADRE DE 2 ORGANES OU SYSTEMES DISTINCTS. LE RAPPORT CONSIDERE EST LE NOMBRE D'ASSOCIATIONS PAR LA SOMME DES NOMBRES TOTAUX DES 2 TUMEURS EN CAUSE PARMI NOS 267 TUMEURS.

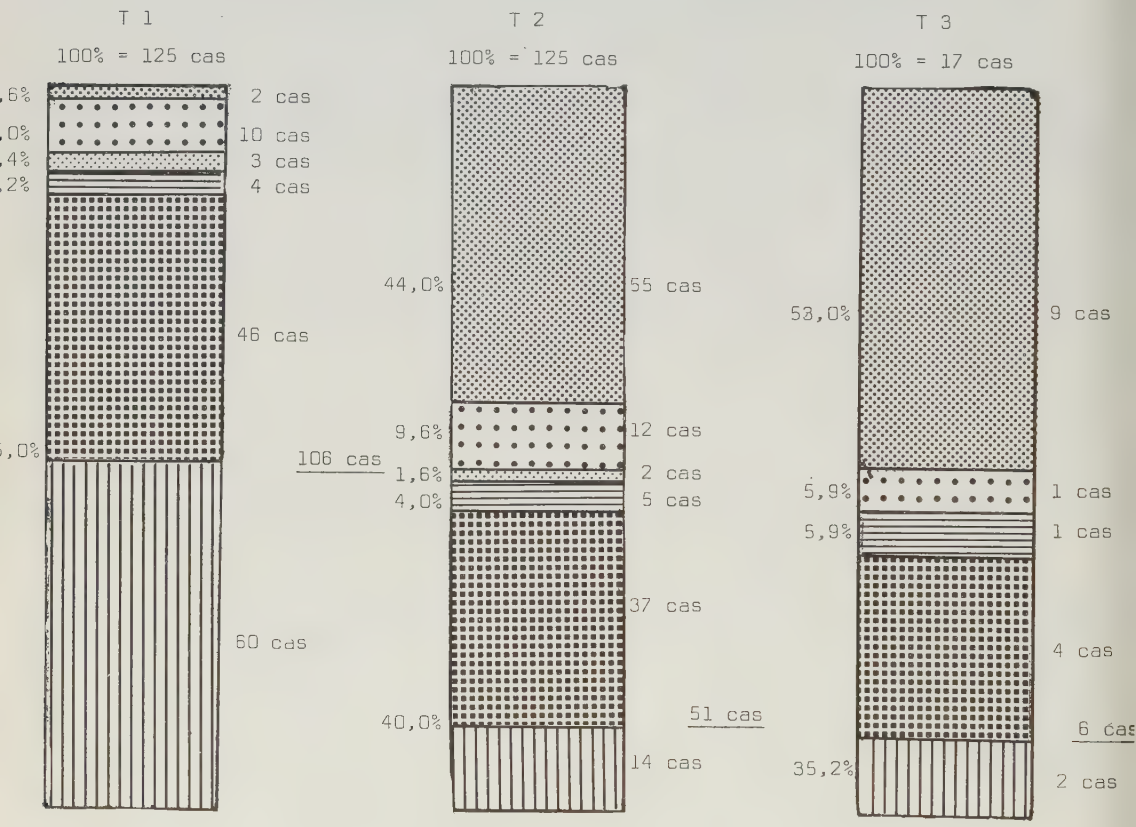
Type d'association	Peau-SR	GF-Sein	SR-ORL	SR-SU	SD-SU	SD-ORL	SD-Sein	SD-GM
Rapport : Nb d'assoc. / Somme 2 tum.	17,1%	15,2%	13%	13%	10,9%	10,7%	8,3%	7,9%

Légendes :

SD = Système digestif
SLH = Système lympho-hématopoïétique
SR = Système respiratoire
SU = Système urinaire
GF = Appareil génital féminin
GM = Appareil génital masculin
End. = Glandes endocrines
EX = Glandes exocrines
HB = Système hépato-biliaire
T.M. = Tissu mou

TABLEAU 10

DEGRE DE DIAGNOSTIC EN FONCTION DE L'ORDRE D'APPARITION DES TUMEURS



Tumeurs correctement diagnostiquées < guéries / présentes à l'autopsie

Diagnostic d'organe posé, sans précision histologique

Processus néoplasique suspecté

Faux diagnostic

Découverte d'autopsie

TABLEAU 11

METASTATISATION ET ORDRE D'APPARITION DES TUMEURS

	T 1	T 2	T 3
Nb de tumeurs ayant métastatisé	63/125 = 50,4 %	60/125 = 48 %	7/17 = 41 %
Nb moyen de métastases par tumeur	1,69	1,82	2,52
Nb moyen de métastases par tumeur ayant métastatisé	3,36	3,78	6,14

TABLEAU 12

a) REPARTITION DES CAUSES DE MORT ONCOLOGIQUES SUR 108 CAS DE TUMEURS DOUBLES

	T 1	T 2
Extension tumorale locale de ...	3	4
Dissémination métastatique de ...	11	16
Suites opératoires occasionnées par ...	5	2
Bronchopneumonie avec métastases pulmonaires de ...	8	11
Diathèse hémorragique par thrombopénie ...	1	1
TOTAL	28	34
Effets conjugués de T 1 et T 2	2	

= 64 = 59 %

b) REPARTITION DES CAUSES DE MORT ONCOLOGIQUES SUR 17 CAS DE TUMEURS TRIPLES

	T 1	T 2	T 3
Extension tumorale locale de ...	2	1	
Dissémination métastatique de ...		2	3
Suites opératoires occasionnées par ...			1
Bronchopneumonie avec métastases pulmonaires de ...		2	1
Effets conjugués de T 1 et T 2	1		

TOTAL = 2 + 1 + 5 + 5 = 13 = 76 %

BIBLIOGRAPHIE

1. Alexandre J.H. et Germain M.
Localisations multiples et successives de cancers digestifs.
Nouv.Presse méd. 3, 2265, 1974.

2. Althoff J.
Simultaneous tumors in the respiratory system and urinary bladder of Syrian golden hamsters.
Krebsforsch. 82, 153, 1974.

3. Bogaard T.P. et Goldstein A.
Bilateral transitional cell carcinoma of the renal pelvis with unilateral non-functioning kidney.
J.Urol. 113, 565, 1975.

4. Bose B.
Multiple synchronous cancer of colon.
Br.J.clin.Pract. 25, 507, 1971.

5. Brown N.K. et Smith M.
Neoplastic diathesis of patients with carcinoid.
Cancer 32, 216, 1973.

6. Buchler D.
Multiple primaries and gynecologic malignancies.
Am.J.Obstet.Gynecol. 123, 376, 1975.

7. Campione K. et Oyasu R.
Three simultaneous multiple primary carcinomas in one patient.
Chest 63, 444, 1973.

8. Cleary J. et Kazarian K.
Multiple primary cancer; thirty patients with three or more primary cancers.
Am.J.Surg. 129, 686, 1975.

9. Coeur P. et Morel P.
L'association "cancer-leucémie lymphoïde chronique".
Sem.Hôp.Paris, 46, 791, 1970.

10. Dellon A.L. et Chrétien P.B.
Multiple primary malignant neoplasms; a search for an immunogenetic basis.
Arch.Surg. 110, 156, 1975.

11. Dohner V.S. et Beegle R.
Asbestos exposure and multiple primary tumors.
Am.Rev.resp.Dis. 112, 181, 1975.

12. Ekelung G. et Pihl B.
Multiple carcinomas of the colon and rectum.
Cancer 33, 1630, 1974.

13. Flew T.J.
Multiple intestinal malignancies.
Proc.Roy.Soc.Med. 65, 753, 1972.

14. Fraser D. et Bull J.
Malignant melanoma and coexisting malignant neoplasms.
Am.J.Surg. 122, 169, 1971.

15. Hamoudi A. et Ertel I.
Multiple neoplasms in an adolescent child associated with IgA deficiency.
Cancer 33, 1134, 1974.

16. Heald, R.J. et Bussey H.J.R.
Clinical experiences at St. Mark's hospital with multiple synchronous cancers of the colon and rectum.
Dis.Col.Rect. 18 , 6, 1975.

17. Herrmann J.
Breast cancer and associated extrammary malignant neoplasms.
Am.J.Surg. 124, 620, 1972.

18. Jacquillat C. et Belpomme D.
Les néoplasies simultanées et successives.
Nouv.Presse méd. 2, 3089, 1973.

19. Khubchandani M.
Primary carcinoid and carcinoma of the rectum occuring simultaneously.
Dis.Col.Rect. 17, 117, 1974.

20. Ko H.S. et Minkarious E.
Immunologic abnormalities in a patient with multiple neoplasms.
C.M.A.J. 114, 917, 1976.

21. Lewison E. et Neto A.
Bilateral breast cancer at the Johns Hopkins Hospital.
Cancer 28, 1297, 1971.

22. Lynch H. et Swartz M.
A family study of adenocarcinoma of the colon and multiple primary cancer.
Surg.Gynecol.Obstet. 134, 781, 1972.

23. Maize J.
The relationship between cutaneous and visceral carcinomas.
JAMA 233, 986, 1975.

24. Martini N. et Melamed M.
Multiple primary lung cancers.
J.thor.cardiovasc.Surg. 70, 606, 1975.

25. Matsuo T. et Yao T.
Double primary cancers of the small intestine and the stomach; report of a case.
Kobe J.med.Sci. 20, 97, 1974.

26. Pinerua R. et Hartnett B.
A synchroneous primary lung carcinoma.
Med.J.Australia 2, 162, 1974.

27. Rulon D.
Multiple sebaceous neoplasms of the skin : an association with multiple visceral carcinomas, especially of the colon.
Am.J.clin.Pathol. 60, 745, 1973.

28. Schottenfeld D. et Berg J.
Incidence of multiple primary cancers. IV. Cancers of the female breast and genital organs.
J.nat.Cancer Inst. 46, 161, 1971.

29. Serrou B. et Dubois J.
L'immunodépression, son rôle favorisant dans l'apparition des cancers multiples.
Nouv.Presse méd. 3, 1369, 1974.

30. Silverman B. et O'Neill R.
Multiple malignant tumors associated with primary carcinoma of the ovary.
Surg.Gynecol.Obstet. 134, 244, 1972.

31. Travieso C. et Knoepp L.
Multiple adenocarcinomas of the colon and rectum.
Dis.Col.Rect. 15, 1, 1972.

32. Varga G. et Kovacs B.
The simultaneous occurence of four primary malignant tumors.
J.Path. 105, 57, 1971.

33. Wiedermann B. et Cihal K.
Leucémies chroniques associées aux hématosarcomes (hématose double).
Nouv.Rev.franç.Hématol. 8, 242, 1968.